

雇用保険喪失届

奈良県歯科医師会労働保険事務組合 殿 平成 年 月 日

事業所名 _____ 歯科医院

事業主名 _____ 印

標記の件につきまして、下記の通り従業員が退職しましたのでご報告します。
記

ふりがな

従業員氏名 _____

(結婚等で変更している場合は、変更前の姓と変更日も記入して下さい。)

退職年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

退職理由 該当するものに○印をつけ具体的な理由を必ずご記入ください。

自己都合 : 結婚・体調不良・次の仕事にかわる為・家事を手伝う為

定年 (定年規定を決めた用紙の提出が必要。ない場合は解雇か自己都合かになる)

解雇 (理由 _____) その他 (_____)

▶ 本人に解雇予告したのは退職日の (_____) 日前です。

退職後住所 〒 _____

TEL (_____) _____

※①マイナンバーカード (両面・番号確認と身元確認) 写しもしくは②通知カードの写し又は住民票 (個人番号付) (番号確認) + 運転免許証、健康保険被保険者証など (身元確認) の写しを必ずご提出ください。加入時にご提出頂いている場合も必要です。ご提出頂いた書類は喪失手続き完了後、速やかに破棄させていただきます。

※退職に伴い、離職票 (失業保険の受給に必要) を {

- ・希望します
- ・希望しません

(離職票を希望されない場合は雇用保険喪失届の提出だけで結構です)

◎ただし、離職票を発行される (失業保険を受給される) のは、雇用保険加入期間が12ヶ月 (1ヶ月で11日以上出勤) (倒産・解雇等は6か月) 必要になります。 (離職票を希望される場合は賃金台帳と出勤簿のコピーを同封下さい。) 氏名変更のある方は住民票、免許証コピーの添付をお願いいたします。 (奈歯国保で提出している方は結構です)